



Declaración pública **Declaración inicial** de **MONICA MARISELA GARCIA HERNANDEZ** en el puesto **OPERATIVO U HOMOLOGO (A)** en **Alcaldía Iztacalco** en **2023**

---

## **I. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN PATRIMONIAL**

### **Datos generales del declarante**

Nombre(s): **Monica Marisela Garcia Hernandez**

Correo electrónico institucional: **momary122@gmail.com**

### **Datos curriculares del declarante**

Nivel: **Licenciatura**

Carrera: **Químico Farmacéutico Industrial**

Institución educativa: **Escuela Nacional de Ciencias Biológicas**

Ubicación: **México**

Estatus: **Finalizado**

Documento obtenido: **Título**

Fecha: **1 de Diciembre de 2017**

---

### **Datos del empleo, cargo o comisión**

Nivel / Orden de gobierno: **Federal**

Ambito público: **Ejecutivo**

Nombre del ente público: **Alcaldía Iztacalco**

Área de adscripción: **Hospital Pediátrico Iztacalco**

Empleo, cargo o comisión: **Operativo u Homologo (a)**

¿Es contrato(a) por honorarios?: **no**

Nivel del empleo, cargo o comisión: **M12008**

Especifique función principal: **Otro - Regulación de Farmacia y Administración de Insumos Para la Salud**

Fecha de toma de posesión del empleo, cargo o comisión: **31 de Agosto de 2023**

Domicilio del empleo, cargo o comisión: **México**

Calle: **av. Coyuya y Terraplen**

Número interior: **(Ninguno)**

Número exterior: **s/n**

Municipio/Alcaldía: **Iztacalco**

Colonia/Localidad: **la Cruz**

Código postal: **08310**

Entidad federativa: **Ciudad de México**

Teléfono de oficina y extensión: **(Ninguno)**

### **Experiencia laboral (Últimos cinco empleos)**

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Asesor Farmacéutico**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Pisa-Safe**

Fecha de ingreso: **19 de Abril de 2016**

Fecha de egreso: **15 de Marzo de 2019**

Área de adscripción / Área: **Salud**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable Farmacéutica**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Soluglob Ikon**

Fecha de ingreso: **6 de Mayo de 2019**

Fecha de egreso: **15 de Octubre de 2020**

Área de adscripción / Área: **Salud**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

---

Ámbito / Sector en el que laboraste: **Privado**

Empleo cargo o comisión / Puesto: **Responsable Sanitario**

Nombre del ente público / Nombre de la empresa, sociedad o asociación:  
**Medalfa**

Fecha de ingreso: **3 de Noviembre de 2020**

Fecha de egreso: **15 de Mayo de 2021**

Área de adscripción / Área: **Salud**

Sector al que pertenece: **Servicios de Salud**

R.F.C. (Si es sector privado): **(Ninguno)**

Lugar donde se ubica: **México**

---

#### **Ingresos netos del declarante**

I - Remuneración mensual neta del declarante por su cargo público (Por concepto de sueldos, honorarios, compensaciones, bonos y otras prestaciones) (Cantidades netas después de impuestos): **14,032.00**

II - Otros ingresos mensuales del declarante (Suma del II.1 al II.4): **0.00**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **0.00**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **0.00**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **0.00**

II.4 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **0.00**

A. Ingreso mensual neto del declarante (suma del numeral I y II): **14,032.00**

**¿Te desempeñaste como Servidor Público el año inmediato anterior?**

¿TE DESEMPEÑASTE COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR? **Si**

Fecha de inicio: **(Ninguno)**

Fecha de salida: **(Ninguno)**

I - REMUNERACIÓN ANUAL NETA DEL DECLARANTE POR SU CARGO PÚBLICO (POR CONCEPTO DE SUELDOS, HONORARIOS, COMPENSACIONES, BONOS, AGUINALDOS Y OTRAS PRESTACIONES) (CANTIDADES NETAS DESPUÉS DE IMPUESTOS): **(Ninguno)**

II - OTROS INGRESOS DEL DECLARANTE, RECIBIDOS DURANTE EL TIEMPO EN EL QUE SE DESEMPEÑÓ COMO SERVIDOR PÚBLICO EN EL AÑO INMEDIATO ANTERIOR (SUMA DEL II.1 AL II.5): **(Ninguno)**

II.1 - Por actividad industrial, comercial y/o empresarial (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.2 - Por actividad financiera (Rendimientos o ganancias) (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.3 - Por servicios profesionales, consejos, consultorías y / o asesorías (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.4 - Por enajenación de bienes (Después de impuestos): **(Ninguno)**

II.5 - Otros ingresos no considerados a los anteriores (Después de impuestos): **(Ninguno)**

A. Ingreso neto del declarante recibido en el año inmediato anterior (suma del numeral I y II): **(Ninguno)**

